



MONOGRAPHIE

Fibrillation atriale : une vision nouvelle

Jean-Claude Daubert*

En 1997, dans une lecture demeurée célèbre,¹ Eugene Braunwald, père de la cardiologie moderne, prophétisait l'émergence de deux nouvelles épidémies en médecine cardiovasculaire : l'insuffisance cardiaque et la fibrillation atriale, responsables l'une et l'autre d'une croissance exponentielle de la morbidité cardiovasculaire. Cette prophétie est devenue réalité. La fibrillation atriale est le plus fréquent des troubles du rythme cardiaque, touchant déjà 1 à 2 % de la population générale. Plus de 6 millions d'Européens en sont atteints. On estime que 25 % de la population ayant atteint l'âge de 40 ans développera une fibrillation atriale au cours de la vie. Sa prévalence devrait plus que doubler pendant les 50 prochaines années. Avec une incidence et une gravité qui augmentent parallèlement au vieillissement de la population et de lourds enjeux médico-économiques, la fibrillation atriale est bien l'un des défis majeurs de la médecine cardiovasculaire au XXI^e siècle.

Une pathologie du sujet âgé associée à un risque accru d'événements cliniques graves

La prévalence de la fibrillation atriale augmente de façon exponentielle avec l'âge. Inférieure à 1 % chez les sujets de moins de 60 ans, elle atteint 8 à 15 % au-delà de 80 ans ; 70 % des patients ayant une fibrillation atriale ont entre 65 et 85 ans. La fibrillation atriale est donc une pathologie du sujet âgé.

* Service de cardiologie, centre cardio-pneumologique, hôpital Pontchaillou, CHU de Rennes, 35033 Rennes Cedex, France.
jean-claude.daubert@chu-rennes.fr

Pendant longtemps, elle n'a été considérée que comme un désagrément fonctionnel (palpitations). Il est clair aujourd'hui que sa présence est associée à un risque accru d'événements cliniques graves, essentiellement les accidents thromboemboliques (accident vasculaire cérébral [AVC]), l'insuffisance cardiaque induite ou aggravée, et une surmortalité.² De nombreux arguments épidémiologiques suggèrent que la fibrillation atriale est plus qu'un simple marqueur de risque cardiovasculaire. Il manque toutefois la preuve de la réversibilité du risque (par cure de la fibrillation) pour en faire un facteur de risque indépendant, voire une maladie en soi. Au stade actuel des connaissances, l'important est d'identifier les sujets à haut risque d'événements graves et de les traiter.

Un risque d'AVC multiplié par 5 !

En supprimant la contraction atriale, en ralentissant les flux de vidange dans l'oreillette, en particulier l'auricule gauche, et en induisant un remodelage anatomique progressif, la fibrillation atriale favorise la stase, la thrombose *in situ* et le risque embolique. Le principal point de départ est l'auricule gauche. La présence d'une fibrillation atriale multiplie par 5 le risque d'accident vasculaire cérébral. Les AVC ischémiques associés à la fibrillation atriale sont particulièrement sévères, deux fois plus souvent mortels que dans les autres causes, les séquelles sont plus lourdes, le risque de récurrence est aussi plus élevé. La prévention des AVC constitue la principale cible actuelle du traitement. Seul le traitement anticoagulant oral par antagonistes de la vitamine K (AVK) ou par les nouveaux anticoagulants oraux, inhibiteurs directs de la thrombine ou inhibiteurs du facteur Xa, peut réduire significativement ce risque. Sa prescription repose sur l'évaluation individuelle du risque thromboembolique par le score CHA₂DS₂-Vasc avec un poids particulier de l'âge. Le risque embolique lié à la fibrillation atriale est 10 fois plus élevé chez les patients âgés de 80 ans et plus que chez les moins de 60 ans. Ainsi, le problème de la prévention se pose avec une particulière acuité chez les sujets âgés. En pratique, un traitement par anticoagulant oral est recommandé chez tous les patients ayant une fibrillation atriale, à l'exception de ceux à très faible risque (score CHA₂DS₂-Vasc 0 ou 1) c'est-à-dire les patients jeunes (< 65 ans) sans cardiopathie figurée. Toutefois, la décision finale de prescrire ou non un anticoagulant oral doit être fondée sur un rapport bénéfice-risque. L'évaluation du risque thromboembolique doit toujours être pondérée par celle du risque hémorragique avec un score adapté, type HASBLED. Il est conseillé de réévaluer le rapport bénéfice-risque périodiquement pour prendre en compte de nouveaux facteurs de risque ou, à l'inverse, ne pas maintenir une prescription devenue plus dangereuse qu'utile.

Une cause réversible d'insuffisance cardiaque ?

Il est clairement établi que la perte de la contraction atriale jointe à une cadence ventriculaire rapide et irrégulière est un facteur majeur d'aggravation d'une insuffisance cardiaque préexistante ou de décompensation d'une cardiopathie jusqu'alors bien compensée. Il reste toutefois à démontrer que la fibrillation atriale est un facteur pronostique indépendant dans l'insuffisance cardiaque chronique.

Mais la fibrillation atriale, quel que soit son mode évolutif, paroxystique, persistant ou permanent, peut être la seule cause d'une dysfonction ventriculaire gauche et d'une insuffisance cardiaque sévère (cardiomyopathie rythmique ou tachycardiomyopathie), susceptible de régresser totalement ou partiellement après restauration d'un rythme sinusal stable ou contrôle drastique de la fréquence cardiaque. Ce nouveau concept de régression ou de prévention de l'insuffisance cardiaque par le contrôle de la fibrillation atriale est séduisant. Il doit maintenant être rigoureusement évalué.

Une prévention de l'arythmie est-elle possible ?

L'arythmie a une tendance naturelle à progresser avec une évolution inexorable, parfois rapide, parfois beaucoup plus lente, vers une forme persistante ou permanente quand



Écoutez sur
www.larevuedupraticien.fr
l'interview
du Pr Jean-Claude Daubert.



elle n'était initialement que paroxystique. La progression de l'arythmie s'accompagne volontiers d'une progression de la cardiopathie qui la sous-tend (80 à 90 % des fibrillations atriales sont associées à une cardiopathie figurée), créant un cercle vicieux : l'arythmie aggrave la cardiopathie, qui en retour aggrave l'arythmie. Des progrès récents ont été accomplis dans la compréhension du développement dynamique de la fibrillation atriale depuis un état préclinique d'arythmie quiescente jusqu'au stade irréversible de fibrillation atriale permanente, associé à un haut risque d'événements cliniques majeurs. Ces recherches ouvrent la voie à une prévention de la fibrillation atriale, ou du moins de sa progression. Malheureusement, les tentatives de traitements d'amont (« *upstream therapies* ») ont jusqu'à présent été déçues.

Dans le même ordre d'idées, un diagnostic précoce de l'arythmie pourrait contribuer à prévenir sa progression et le risque de complications évolutives. En pratique, le problème est rendu difficile par le caractère souvent « silencieux » de l'arythmie : environ un tiers des patients ne rapportent aucun symptôme. Il n'est pas exceptionnel que l'arythmie se révèle par une complication, en particulier un AVC. Néanmoins, une intensification du diagnostic pourrait être discutée, en particulier dans les populations à haut risque thromboembolique.

Contrôle du rythme ou contrôle de la fréquence ?

Lorsque la fibrillation atriale est diagnostiquée se pose le problème du meilleur traitement de l'arythmie. La restauration et le maintien du rythme sinusal, ou « contrôle du rythme », constituent en théorie la meilleure option. L'autre option est un simple contrôle de la fréquence par des médicaments cardioralentisseurs, pour rendre l'arythmie tolérable. Il est frustrant de constater qu'en dépit de nombreux essais contrôlés, certains de grande ampleur, une supériorité du contrôle du rythme n'a jamais pu être démontrée. Il est possible que l'éventuel bénéfice de cette stratégie ait été masqué par les effets indésirables des traitements utilisés pour maintenir le rythme sinusal, en particulier les antiarythmiques.³ Dans l'attente du développement de nouveaux antiarythmiques avec meilleur profil bénéfice-risque, l'utilisation pratique de ces médicaments doit être davantage guidée par des préoccupations de sécurité que d'efficacité.

Dans l'immédiat, le principal progrès thérapeutique dans la fibrillation atriale vient des traitements non pharmacologiques, en particulier de l'ablation par cathétérisme interventionnel. Depuis 10 ans, ces techniques, nées en France, ont montré leur capacité à réduire, voire supprimer l'arythmie et à améliorer les symptômes au prix d'un risque de complications sévères d'environ 2 % (hémopéricarde, accident thromboembolique). Leur efficacité est particulièrement remarquable dans les formes paroxystiques, avec un taux de succès d'environ 80 %. Elle est plus aléatoire dans les formes persistantes et permanentes. Il reste à démontrer que le traitement interventionnel est capable de modifier l'histoire naturelle de la fibrillation atriale et en particulier de réduire le risque d'événements cliniques majeurs dont celui d'accident vasculaire cérébral. Cela est une autre histoire ! •

RÉFÉRENCES

1. Braunwald E. Cardiovascular medicine at the turn of the millenium: triumphs, concerns, and opportunities. *N Engl J Med* 1997;337:1360-9.
2. European Heart Rhythm Association; European Association for Cardio-Thoracic Surgery; Camm AJ, Kirchhoff P, Lip GY, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. The Task Force for the Management of Atrial Fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J* 2010;31:2369-429.
3. Corley SD, Epstein AE, DiMarco JP, et al. The AFFIRM Investigators, Relationships between sinus rhythm, treatment, and survival in the Atrial Fibrillation Follow-Up Investigation of Rhythm Management (AFFIRM) Study. *Circulation* 2004;109:1509-13.

Jean-Claude Daubert déclare être consultant pour Boehringer-Ingelheim, Medtronic, Sanofi-aventis et ST. Jude Medical.